

ALTERACIONES CAPILARES EN LA ESCLERODERMIA

E. SALGADO GÓMEZ

Jefe del Departamento de Biomicroscopía de la Cátedra de Patología General (Prof. A. Fernández Cruz) de la Facultad de Medicina de Barcelona (España).

En nuestro sistemático estudio biomicroscópico de los capilares de la conjuntiva bulbar hemos tenido ocasión de observar un caso de esclerodermia. La poca frecuencia en los medios clínicos de esta enfermedad creemos justifica la exposición de nuestros hallazgos.

Desde el punto de vista oftalmológico son escasas las alusiones que existen sobre ella y éstas conciernen solamente a alteraciones del cristalino o del fondo del ojo. En sentido angioscópico general tampoco son muy abundantes.

Hartas veces encontramos, no importa ahora en qué síndromes o enfermedades, una precocidad de las alteraciones capilares respecto a otros distintos componentes del cuadro clínico de la afección. Seguramente en la esclerodermia esto tiene tanto o más valor, como se desprende de los estudios realizados por MÉSZAROS (1) y por BROWN y O'LEARY (2). Sus observaciones les hacen pensar en que la existencia de alteraciones capilares en la piel, aparentemente intacta, de individuos esclerodérmicos demuestra que la afectación de los vasos sanguíneos es primitiva y comprobable antes de la aparición de las demás manifestaciones cutáneas.

El caso objeto de nuestro estudio es el siguiente:

OBSERVACIÓN. — J. C. C., mujer de 30 años. Antecedentes familiares sin interés. Antecedentes personales: A los dos años pleuresía sin derrame, a los 17 años pulmonía. A los 25 años fiebres paralíticas. Presenta hipoacusia desde los 14 ó 15 años.

Estado actual: Hace cuatro años se inicia en ella un síndrome tipo Raynaud con palidez acentuada de la porción distal de los dedos anular y medio. En el curso de pocos días afecta a todos, con sensación de frío intenso, hipofunción y anestesia. Se aprecia cianosis subungueal. Esta palidez característica de los dedos se generaliza al cabo de unos dos meses a ambos pies, localizándose en planta, talón y dedos. Al mismo tiempo comienza a notar discreta disnea de esfuerzo, sobre todo por la noche. De madrugada le aparecen parestesias en ambos brazos, con sensación de hormigueo y adormecimiento, que desaparecen al levantarse. Iguales parestesias las nota en las piernas cuando está sentada. Zumbidos de oídos, crujidos

en la nuca y ligeros mareos. Comienza a sentir que se le «agarrotan» los músculos del cuello y de la nuca, sin dolor, pero impidiéndole los movimientos.

Durante el año siguiente la enfermedad sigue su curso lento y progresivo. Intensa pérdida de fuerzas, que le impide realizar los quehaceres domésticos. Al poco tiempo presenta herpes zoster oftálmico en el ojo izquierdo.

Exploración: Enferma asténica, delgada. Aparato respiratorio, nada patológico. Aparato circulatorio, nada patológico. Pulso débil y rítmico de 120 por minuto. ECG normal, taquicardia sinusal.

Aparato locomotor (Dr. ROTÉS): Hombro derecho con gran limitación de la movilidad; abducción 40°. Codo derecho con ligera limitación de la

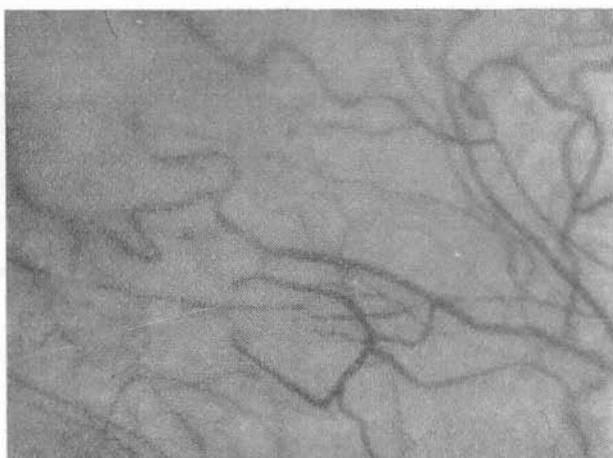


Fig. 1. — Imagen angioscópica conjuntival normal.

movilidad; flexión 45°, extensión 150°; ligera tumefacción. Muñeca derecha con ligera limitación de la movilidad. Hombro izquierdo con abducción 45°. Codo izquierdo con flexión 45°, extensión 170°, sin tumefacción. Cadera derecha con limitación de la movilidad; flexión 90°. Cadera izquierda con gran limitación de la movilidad; flexión 70°. Rodilla izquierda con ligera limitación de la movilidad. Tobillo derecho con ligera limitación de la movilidad. Tobillo izquierdo con ligera limitación de la movilidad.

La piel de la cara es lisa y apretada. Labios delgados y apretados sobre los dientes. Movimientos lentísimos. Manos frías, cianóticas, piel lisa y brillante con dificultad para hacer el pliegue. Incapacidad para cerrar la mano. No hay tumefacción en las articulaciones de las manos.

Análisis: Hemograma, 4.000.000 eritrocitos, 70 % hemoglobina, 0,87 valor globular, 8.000 leucocitos, 1 eosinófilo, 5 núcleos en banda, 71 polinucleares neutrófilos, 20 linfocitos y 3 monocitos.

Orina: albúmina positiva débil, glucosa negativa. Sedimento: hematíes, muy escasos leucocitos, algún cilindro hialino, no cilindros granulosos.

17-Cestosteroides, 5,2 mg/24 horas; cantidad total en orina en 24 horas, 350 c. c.

Orina-Sangre: P. de Van Slyke: volumen de orina en una hora, 30 c.c.:

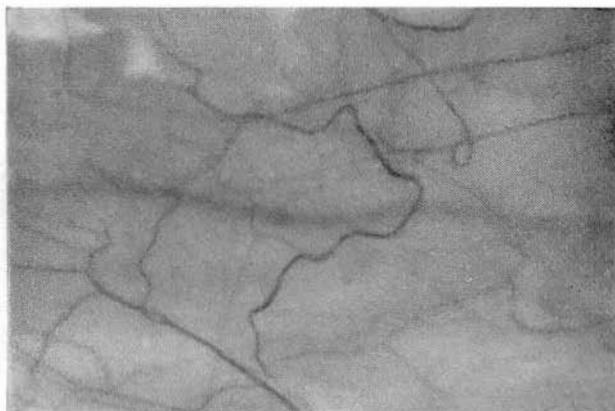


Fig. 2. — Otra imagen normal del lecho vascular de la conjuntiva.

volumen de orina en un minuto, 0,50 c.c. Urea en orina, 8,40 g. %; urea en sangre, 0,30 g. %. S.B.C. = 15,68 = 30,7 %.

Sangre: Weltman, 8,5; proteínas, 72,9; albúminas, 37,8; globulinas,



Fig. 3. — Imagen capilaroscópica conjuntival en la esclerodermia. Se aprecia cierto grado de edema difuso y zonas en las que faltan los vasos minúsculos presentes en los casos normales. Se observa perfectamente una vénula extraordinariamente dilatada pero sin tortuosidad.

35,1; Takata, 00001111. Seroaglutinación: Eberth H negativa, Eberth O positivo 1 por 50; paratífus A negativo, paratífus B negativo; melitensis negativo.

Hanger positivo +++; Mac Lagan, 15 u.

Serología negativa.

Potasemia, 4,7 m.E.g./litro. Sodemia, 338 mg. %.

Pruebas serológicas para el diagnóstico del reumatismo: Antiestreptolisina (A.S.T.), 70 U. por c.c. Aglutinación de los estreptococos: Aglutinación L (Kalbock), + 1/160; aglutinación O (Thulin), + 1/160; Proteína C reactiva, positiva + + +. Prueba de Wasler-Rose (con hematíes O), + 1/128.

Biopsia (Laboratorio de Histopatología, Prof. SÁNCHEZ LUCAS): Epidermis normal. Algún folículo piloso y alguna glándula sudorípara. Sin infiltrados inflamatorios ni proliferación celular. Los haces colágenos de la dermis son algo gruesos y aparecen apretados.

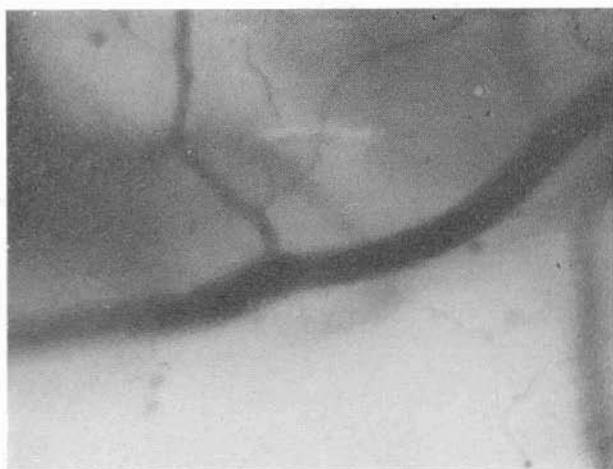


Fig. 4. — Imagen capilaroscópica conjuntival en la esclerodermia. También pueden observarse aquí zonas avasculadas. La dilatación venosa lineal es muy notable.

Diagnóstico clínico: Esclerodermia.

Diagnóstico anatómico: Posible esclerodermia.

Capilaroscopia conjuntival: Empleamos la técnica habitual de biomicroscopía ocular, con el microscopio corneal y la lámpara de hendidura. El estudio se limita a la conjuntiva bulbar, de la cual debe conocerse antes la imagen angioscópica normal (figs. 1 y 2).

El cuadro biomicroscópico observado en la enferma es el siguiente: Existen zonas de conjuntiva en las que se aprecia cierto grado de edema difuminado sin lecho vascular (fig. 3). El número de vasos en toda el área conjuntiva bulbar es escaso, inferior al normal (figs. 3 y 4). Las arteriolas son poco abundantes y aparecen estrechadas. Lo mismo ocurre respecto a los capilares. Las vénulas están muy dilatadas. Sin embargo, es una dilatación de predominio longitudinal (figs. 3 y 4) sin marcada tortuosidad como hemos observado en otras afecciones. Se visualiza bien la corriente

corpúscular hemática a una velocidad muy acelerada relacionada probablemente con la taquicardia sinusal que presenta la enferma. En algunos sectores existe también dilatación arteriolar y un aumento, superior al normal, de la separación entre vasos arteriales y venosos (fig. 5).

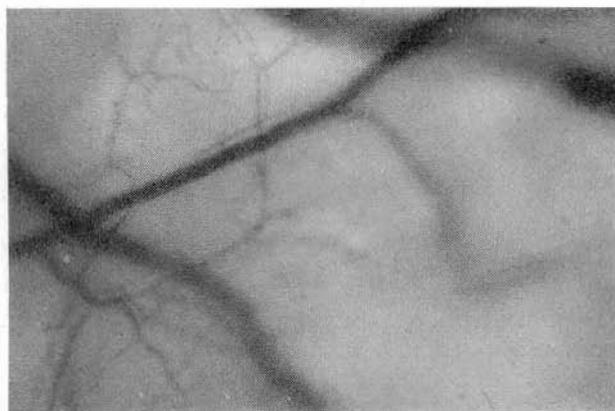


Fig. 5. — Imagen capilaroscópica conjuntival en la esclerodermia. Además de la dilatación venular existe cierto grado de dilatación arteriolar. El espacio de separación entre arteriola y vénula es muy notable, mucho mayor que las imágenes normales.

COMENTARIO

El presente trabajo tiene, exclusivamente, carácter signológico. Sin embargo, las alteraciones biomicroscópicas conjuntivales observadas en nuestro caso se relacionan con algunos de los conceptos etiopatogénicos que sobre la esclerodermia sustentan ciertos autores.

Confirman nuestros hallazgos los realizados por OTFRIED MÜLLER (3) en la capilaroscopia de otras regiones. Este autor describió, en 1922, la existencia de lazos vasculares muy pronunciados con ramas arteriales muy estrechas y ramas venosas muy anchas. Asimismo observamos nosotros que la disminución del número de capilares es una característica muy peculiar de nuestra enferma. Hecho comprobado ya por MÉSZAROS (4). Sin embargo, como es lógico esta alteración no se extiende a toda la red capilar. MÉSZAROS (5) encontró también una distancia mayor de la normal entre las ramas arteriales y venosas, teniendo a menudo ambas la misma anchura, de tal suerte que solamente se las podía distinguir por la dirección de la corriente. En la red vascular de la conjuntiva confirmamos estos datos como puede verse en nuestras microfotografías.

En algunos sectores de la conjuntiva bulbar apreciamos un cierto grado de edema; observación que está de acuerdo con las de NEUBER (6) en sentido anatómico, cuando afirma que en la esclerodermia se presenta, primero, un estado edematoso al que sigue el indurativo y el de atrofia.

Observaciones a favor de la teoría de NEUBER (7) y de otros según la cual la causa de la esclerodermia estribaría en alteraciones de las glándulas endocrinas, principalmente tiroides, lóbulo anterior de la hipófisis y gonadas. Por estos motivos, la capilaroscopia conjuntival es un método precioso para la investigación de las perturbaciones vasculares de la esclerodermia, perturbaciones de iniciación en los vasos minúsculos, como las que se pueden observar en las afecciones pluriglandulares, con marcada participación de hipófisis y tiroides, si bien en estos casos el sistema nervioso rara vez queda intacto (OTFRIED MÜLLER, 8).

Queremos destacar, finalmente, el hecho de que la dilatación vascular, principalmente la venosa, no se acompaña de tortuosidad como hemos comprobado en otras enfermedades.

RESUMEN

Se describen las alteraciones capilares encontradas en un caso de esclerodermia, mediante el estudio biomicroscópico de la conjuntiva bulbar. Los hallazgos consisten en disminución del número de capilares, estrechamiento de arteriolas, dilatación longitudinal de las ramas arteriales y venosas con aumento de su separación. Se ha apreciado también un grado de edema en relación con algunos conceptos etiopatogénicos sobre la enfermedad. Tales hallazgos abundan en la teoría de que en la esclerodermia las primitivas alteraciones serían capilares. Por tal motivo la capilaroscopia conjuntival puede tener un valor estimable en la contribución al diagnóstico precoz de la esclerodermia.

SUMMARY

Anatomical aspects of the bulbar conjunctiva in esclerodermia are described. Direct capillary flow examination of the bulbar conjunctiva may help as in early diagnosis of the esclerodermia.

BIBLIOGRAFIA

1. MÉSZAROS. — "Acta Med. Scand.", 72:241:1929.
2. BROWN y O'LEARY. — "Arch. of Intern. Med.", 36:1925 (Ref. Zentrbl. Haut v. Geschlechtskrankh, 19:1926).
3. OTFRIED MÜLLER. — "Die Feinsten Blutgefassen des Menschen", Stuttgart, II: 319:1939.
4. MÉSZAROS. — "Acta Med. Scand.", 72:241:1929.
5. MÉSZAROS. — "Acta Med. Scand.", 72:241:1929.
6. NEUBER. — "Bindegewebshypertrophien, Pachydermia in Arzt-Zieler. Die Haut- v. Geschl-Krankh.", II:657:1935.
7. NEUBER. — "Bindegewebshypertrophien, Pachydermia in Arzt-Zieler. Die Haut- v. Geschl-Krankh.", II:657:1935.
8. OTFRIED MÜLLER. — "Die Feinsten Blutgefassen des Menschen", Stuttgart, II: 319:1939.